

Señores:

JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

j06admintun@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto:	Alegatos de conclusión de primera instancia
Medio de Control:	Reparación directa
Radicado:	15001333300620180016100
Demandante:	Jhan Carlos Amaya Callejas y otros
Demandado:	Salud Total EPS S.A y otros
Llamado en Garantía:	Chubb Seguros Colombia S.A.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto que, procedo a presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, con fundamento en las consideraciones que se expondrán a continuación.

I. OPORTUNIDAD PROCESAL

El artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, sobre el traslado para presentar alegatos de conclusión establece *“sin perjuicio de que por considerarla innecesaria ordene la presentación por escrito de los alegatos dentro de los diez (10) días siguientes, caso en el cual dictará sentencia en el término de veinte (20) días siguientes al vencimiento de aquel concedido para presentar alegatos”*. El juzgado en auto del 15 de agosto de 2024 ordenó el traslado para alegatos de conclusión por el término común de diez (10) días. Por lo cual, el presente memorial de alegatos de conclusión es presentado en adecuada oportunidad.

II. ARGUMENTOS DE DEFENSA

1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA:

En el presente caso, el demandante alegó, a título de falla en el servicio, supuestas irregularidades y funcionamiento defectuoso en la supuesta privación injusta de la libertad errónea, por lo cual se acreditó la falta de legitimación en la causa de SALUD TOTAL EPS S.A pues no es la encargada de funciones de privación de la libertad ni de la supuesta errónea y confusa identificación del accionante con el comandante del frente “DOMINGO ALAIN” del Ejército de Liberación Nacional E.L.N. alias “Garganta”.

Adicionalmente, alegó la falta de autorización para la prestación de servicios médicos asistenciales externos al centro penitenciario en su estado de recluso, se comprueba la falta de legitimación en la causa de SALUD TOTAL EPS S.A pues no es la encargada de realizar la autorización carcelaria para que los reclusos puedan acudir a la prestación de servicios asistenciales.

El Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia establece cómo se debe interpretar la legitimación en la causa por pasiva:

*“la legitimación en la causa corresponde a uno de los presupuestos necesarios para obtener sentencia favorable a las pretensiones contenidas en la demanda y, por lo tanto, **desde el extremo activo significa ser la persona titular del interés jurídico que se debate en el proceso,** mientras que, desde la perspectiva pasiva de la relación jurídico – procesal, supone ser el sujeto llamado a responder a partir de la relación jurídica sustancial, por el derecho o interés que es objeto de controversia”¹. Negrilla y subrayado fuera de texto.*

*“La legitimación en la causa -legitimatío ad causam- se refiere a la posición sustancial que tiene uno de los sujetos en la situación fáctica o relación jurídica de la que surge la controversia o litigio que se plantea en el proceso y de la cual según la ley se desprenden o no derechos u obligaciones o se les desconocen los primeros o se les exonera de las segundas. Es decir, **tener legitimación en la causa consiste en ser la persona que, de conformidad con la ley sustancial, se encuentra autorizada para intervenir en el proceso y formular o contradecir las pretensiones contenidas en la demanda por ser sujeto activo o pasivo de la relación jurídica sustancial debatida objeto de la decisión del juez,** en el supuesto de que aquélla exista. Es un elemento de mérito de la litis y no un presupuesto procesal”². Negrilla y subrayado fuera de texto.*

¹ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. C.P. Enrique Gil Botero Bogotá, D. C., 26 de septiembre de 2012, Radicación número: 05001-23-31-000-1995-00575-01(24677).

² Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 23 de abril de 2008, exp. 16.271, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

En el caso sub lite, la parte demandante argumentar que la condición médica del Sr. Jhan Amaya se causó por (i) supuestas irregularidades y funcionamiento defectuoso en la supuesta privación injusta de la libertad errónea y (ii) la falta de autorización para la prestación de servicios médicos asistenciales externos al centro penitenciario en su estado de recluso. Situaciones que son ajenas al ámbito de competencia de SALUD TOTAL EPS S.A, incluso el demandante admitió que (i) fue el accionante fue acusado de ser Alias “Garganta” por parte del Ejército Nacional de Colombia y (ii) que las autorizaciones para servicios médico asistenciales las realiza el Instituto Nacional penitenciario INPEC, como se puede evidenciar incluso en los alegatos de conclusión del demandante:

4. Está demostrado que el día 17 de diciembre de 2013, el señor **JHAN CARLOS AMAYA CALLEJAS** fue capturado por el Ejército Nacional de Colombia quienes lo acusaban de ser **LUIS FELIPE ORTEGA BERNAL** alias “Garganta”, comandante del frente “DOMINGO ALAIN” del Ejército de Liberación Nacional E.L.N. e investigado por los delitos de homicidio agravado, rebelión, entre otros.
5. Se demostró que con la privación de la libertad del señor **AMAYA CALLEJAS**, su salud menguó, motivo por el cual la señora **ANGELA RUTH GONZALEZ NIÑO**, en su calidad de compañera presentó en reiteradas oportunidades peticiones al **Instituto Nacional Penitenciario - INPEC**, con la firme intención de que le prestaran las atenciones médicas que necesitaba, pero el **INPEC** de manera irresponsable argumentaba que por estar haciendo sus aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ante la **E.P.S. SALUD TOTAL**, el **Instituto Penitenciario** no podía prestarle las atenciones médicas requeridas.

En estos términos, se pone de presente que las autorizaciones del traslado para atención de servicios médico asistenciales de pacientes en estado de reclusión competen al INPEC, mas no a la red prestadora de salud. El Decreto 1069 de 2015 y la Ley 1709 de 2014 establece la responsabilidad del INPEC a través de la USPEC (Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios) y a través de sus protocolos de traslado, le corresponde la atención primaria en salud y atención inicial:

“ARTÍCULO 66. Modifícase el artículo 105 de la Ley 65 de 1993, el cual quedará así:

ARTÍCULO 105. Servicio médico penitenciario y carcelario. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos

del Presupuesto General de la Nación. *Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.*

La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) **será la responsable** de la adecuación de la infraestructura de las Unidades **de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural**, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo”³. Subrayado y negrilla fuera de texto.

“Artículo 2.2.1.11.4.2.4. **Atención extramural a personas internas en establecimientos de reclusión.** La atención extramural es aquella que se presta a los internos, por fuera de los centros de reclusión, y responde a la imposibilidad de prestar la atención dentro del establecimiento, ya sea por limitaciones en su capacidad instalada o insuficiencia de la misma, por la complejidad del tratamiento o del procedimiento o por ser necesaria la atención hospitalaria.

En estos eventos, el médico tratante ordenará la remisión para la atención extramural.

Una vez autorizada la atención extramural por parte del prestador de los servicios de salud contratado por la entidad fiduciaria, **el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec)**, en coordinación con dicho prestador, **realizará inmediatamente las gestiones necesarias para el traslado de la persona privada de la libertad al lugar que corresponda para la atención extramural.** (...)Parágrafo 1°. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) deberá incluir en los respectivos manuales técnicos administrativos **los protocolos de traslados que garanticen a las personas privadas de la libertad, que requieran atención extramural en salud, el acceso a esta de manera oportuna**”⁴. Subrayado y negrilla fuera de texto.

Adicionalmente, la Resolución No. 3595 de 2016 adecuó e integró el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad a cargo de la vigilancia del INPEC, otorgándole la responsabilidad de informar⁵ a las EPS para que realicen las gestiones administrativas y a cargo de la USPEC realizar solicitud⁶ para los traslados para atención de urgencias u hospitalización.

Por lo cual, no resulta procedente condenar a SALUD TOTAL EPS S.A. al reconocimiento de alguna suma a título de indemnización en favor de los demandantes, ya que conforme a la

³ Ley 1709 de 2014.

⁴ Decreto 1069 de 2015.

⁵ Res. 3595 de 2016, artículo 2. Disponible en página Web: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3595-2016.pdf>

⁶ Ibidem, numeral c del artículo 4, página 19.

relación propuesta por el demandante, no está legitimada por pasiva para hacerse cargo de obligaciones que no le competen directa ni indirectamente, pues las obligaciones atribuidas como incumplidas (privación injusta y la falta de autorización por parte del INPEC para la prestación de servicios médicos asistenciales externos al centro penitenciario) y que en su criterio, dio lugar al daño reclamado, no le correspondía cumplirla a SALUD TOTAL EPS S.A.

2. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA POR PARTE DE SALUD TOTAL EPS S.A.

En el presente se probó que SALUD TOTAL EPS S.A. realizó atención médica al demandante en unidades propias a esta y a través de la Corporación Mi IPS Boyacá y la Clínica Chicamocha en especialidades de ortopedia y cirugía general. Se evidenció que el demandante fue atendido el 28 de junio de 2017, 8 de noviembre de 2018 y finales de 2019 en razón de solicitud allegada a los canales autorizados para ellos en la EPS.

El paciente cuenta con diagnósticos de atrofia, desgastes musculares, ciática, edema localizado, mialgia, hernia abdominal supraumbilical. Para ello, en SALUD TOTAL EPS S.A. se ha realizado de forma integral la atención al paciente, se le prescribieron medicamentos para el dolor, antiinflamatorios, procedimientos diagnósticos, radiografías de columna dorso lumbar, ecografía Doppler de vasos arteriales y consultas de control por ortopedia y traumatología.

Ahora, en lo que respecta a la discopatía degenerativa que presenta el paciente de L4 y L5 y espondilolistesis lumbar incipiente consistente en la afectación intervertebral al disco, esta se generó debido a la artrosis y al desgaste progresivo de los discos intervertebrales. Está acreditado que SALUD TOTAL EPS S.A. ha brindado atención médica por ortopedia y traumatología y de cirugía general.

En la historia clínica se evidenció que SALUD TOTAL EPS S.A. le brindó al hoy demandante todas las atenciones medico asistenciales. Por otro lado, puede concluir que el material probatorio en el presente, no se evidencia de manera clara y precisa cuál es la supuesta falla en el servicio, por acción u omisión por parte de las demandadas en la atención médica del demandante. Por el

contrario, de dicho material probatorio se acreditó que el paciente fue atendido de manera diligente y atemperándose a los cánones de la *Lex Artis como son la prescripción de medicamentos, exámenes y procedimientos médicos*.

2.1. Improcedencia de los perjuicios reclamados

Se reiteran los argumentos de la contestación de la demanda en cuanto a la improcedencia de los perjuicios reclamados por los demandantes. Lo anterior en aplicación de la jurisprudencia vigente y aplicable al caso en cuanto a los requisitos de procedencia, tipología, reconocimiento y cuantía en la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

No es procedente el reconocimiento de perjuicios por daño psicológico, (i) porque esta tipología de perjuicio no está contemplada en la jurisdicción de lo contencioso administrativo según la basta jurisprudencia del Consejo de Estado y (ii) dicha tipología solo se predicaría respecto de la supuesta víctima directa, es decir, no debe ni siquiera remotamente considerarse el reconocimiento de este a los demandantes restantes pues no cuentan con la calidad de víctima directa, aunque lo plasme así el aquí demandante.

No es procedente el reconocimiento indemnizatorio por perjuicio a bienes constitucional y convencionalmente protegidos puesto que esta es una tipología reparadora no pecuniaria, más no indemnizatoria.

CAPÍTULO II – ANÁLISIS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR PARTE DE SALUD TOTAL EPS S.A. A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Tras agotarse el debate probatorio, se acreditó la inexistencia de cobertura No. 43233537 de las pólizas por las que -CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. fue vinculada como llamada en garantía, tal como se expondrá a continuación:

2.2. Inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. por la no realización del riesgo asegurado en la Póliza:

En el presente caso, las Pólizas de Seguro No. 43233537, 12/24761, 12/30998 y 12/37910 no prestan cobertura para los hechos que dieron origen al presente proceso en virtud de los cuales se llama en garantía a mi representada, como quiera que NO ha acaecido el riesgo asegurado, es decir, no ha habido siniestro en los términos específicos en los que fue pactado. El objeto del amparo de responsabilidad civil extracontractual de las mencionadas pólizas se determinó en los siguientes términos:

“Cobertura de riesgos administrativos: con el ejercicio de sus actividades se incurre en errores administrativos causados por su personal, que estén directamente relacionados con la prestación de servicios de salud y que ocasionen un perjuicio material y/o personal a un tercero, se entenderán amparados en la póliza.

Estas fallas se deben relacionar con el control de afiliados, aportes, autorizaciones para tratamiento y el servicio de direccionamiento a los usuarios.

Las actividades y funciones del servicio de direccionamiento a los usuarios consiste en atender y orientar en forma personal o telefónica las necesidades de los afiliados en lo que se refiere:

A la forma de utilización de los servicios médicos ofrecidos por las instituciones prestadoras de salud adscritas.

Envío de los usuarios en caso de urgencias u otro tipo de consultas prestadoras de salud correspondientes”

Documento: Carátula y/o Condicionado Particular de las Pólizas de Seguro No. 43233537, 12/24761, 12/30998 y 12/37910

En consonancia con lo anterior, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro *“la realización del riesgo asegurado”*. Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no existió falla médica atribuible a SALUD TOTAL EPS S.A., como se ha evidenciado a lo largo del proceso, por el contrario, esta actuó diligente y oportunamente a la atención médica requerida por el paciente referenciado conforme a la sintomatología presentada y antecedentes médicos. Por lo cual, no existe realización del riesgo asegurado.

2.3. Riesgos excluidos de la póliza:

Los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la póliza. En tal sentido, se reitera la posición del Consejo de Estado anteriormente citada sobre el deber del juez de realizar la valoración probatoria pertinente, conducente y completa frente a las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente en el contrato de seguro⁷.

En la póliza referenciada en el presente caso, no existe cobertura material para hechos alegados como hecho dañino por parte del demandante. La garantía no ofrece cobertura material cuando un acto como la remisión del paciente dependía de una entidad no asegurada en la póliza, en este caso el INPEC y USPEC. Adicional a ello, se realizaron exclusiones taxativas en la póliza a la responsabilidad civil profesional, a la responsabilidad civil médica, a daños morales:

SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.
SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.
SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PERSONAL.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES GENERALES ESTABLECIDAS EN CAPITULO II, LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE MODULO NO CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSION, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

1. OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS Y, EN GENERAL, LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.
2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.
3. DAÑOS MORALES, PUNITIVOS Y/O EJEMPLARIZANTES.
4. DAÑOS FISIOLÓGICOS O DE RELACION.

El Código de Comercio en su artículo 1056 plasmó la facultad que tiene el asegurador de delimitar los riesgos que asume de manera arbitral⁸. Por ello, mi poderdante decidió otorgar determinados

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B., Mayo 27 de 2020.

⁸ Código de Comercio, ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

amparos supeditados al cumplimiento de ciertos supuestos, e incorpora en dicha póliza determinadas barreras que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, estas son las exclusiones generales y específicas de la cobertura de la referenciada póliza. En consonancia con lo anterior, en el evento de configurarse una o varias de las causales de exclusión, previstas en el referido condicionado general o particular, claro es que no podrá existir responsabilidad en cabeza de la aseguradora que represento, pues se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

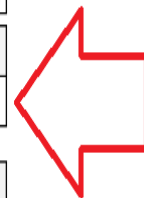
2.4. No se podrá exceder el límite del valor asegurado:

De considerarse remotamente por el Despacho, que se configuraron todos los elementos para efectuar la póliza referenciada, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que la limitación de la responsabilidad va hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

Bajo dichos supuestos, no se podrá obtener una indemnización superior en cuantía al límite asegurado y en proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la proporción del riesgo asumido. En el presente caso, la póliza en referencia establece:

PRODUCTOR(ES) DE SEGUROS				
Clave	Nombre	% Partic.	% Comisión	Valor
88572	AP SEGUROS Y CIA LTDA	100.00	15.0	\$ 5,250,000.00
PRODUCTO		LÍMITE ASEGURADO		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL		\$ 100,000,000.00		
AMPARO		LÍMITE POR EVENTO	LÍMITE AGREGADO ANUAL	
BASICO DE PREDIOS LABORES Y OPERACIONES		\$ 100,000,000.00	\$ 200,000,000.00	



Así las cosas, el límite asegurado por evento en este caso se pactó por la suma de \$100.000.000 Pesos M/cte, sin perjuicio del agotamiento del mismo y el deducible concertado, que se pasa a desarrollar:

2.5. Deducible a cargo del Asegurado:

La Superintendencia Financiera de Colombia en diferentes conceptos, ha señalado que el deducible es la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización y si se presenta la ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto⁹.

De considerarse hipotéticamente, que se configuraron todos los elementos para afectar la póliza referenciada, resulta pertinente solicitar al despacho que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado: *10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP \$15.000.000*, como se evidencia:

Deducibles :

DEMÁS EVENTOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA INDEMNIZABLE, MINIMO : 15,000,000.00 \$ PARA TODA Y CADA PERDIDA
---------------	---

2.6. Carácter indemnizatorio del contrato de seguro:

El Código de Comercio en el artículo 1088 establece lo siguiente: *“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”* Subrayado y negrilla fuera de texto.

⁹ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. Seguro de responsabilidad civil extracontractual, deducible.

En el caso sub lite, las solicitudes plasmadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios morales, daño a la vida relación, daño psicológico, daño emergente o lucro cesante, no son de recibo por cuanto su reconocimiento implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte del asegurado que nada tuvo que ver con la supuesta “demora” en la autorización de la ambulancia medicalizada, ya que este era un aspecto propio a cargo de la EPS a la que se encontraba afiliado el paciente.

2.7. Genérica o innominada:

Solicito señora Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso¹⁰ y el artículo 1081 del Código de Comercio¹¹. En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito del asunto.

Sin más consideraciones, elevo las siguientes:

III. PETICIONES

Solicito comedidamente al Despacho se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda en lo que compete a nuestro asegurado y, consecuentemente, negar las pretensiones formuladas en el escrito del llamamiento en garantía, por un lado, ante la falta de acreditación de los elementos axiológicos de la responsabilidad en contra de SALUD TOTAL EPS S.A. y por otro,

¹⁰ Ley 1564 de 2012, artículo 282: “En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia (...) Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes”.

¹¹ Código de Comercio, artículo 1081: “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

debido a la inexistente configuración del riesgo asegurado en la Pólizas No. 43233537, 12/24761, 12/30998 y 12/37910.

IV. NOTIFICACIONES

A la parte actora, y su apoderado, en las direcciones referidas en el escrito de la demanda.

A mi procurada y al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 (Centro Empresarial Chipichape) Oficina 212 de la ciudad de Cali (V), o al correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

DSG